LAST-RD
Lithium And
Standard Therapy in
Resistant Depression

World Health Organisation Collaborative Centre
for Research and Training in Mental Health
and Service Evaluation
University of Verona
Verona, Italy

Numero identificativo LAST: |___||___||___||___||___||___|

Iniziali del paziente (nome e cognome): |___||___||___|

Data di nascita: |__||__|/|__||__|/|__||__||__||__| **Sesso:** (M) (F)

Nome del medico: ..... **Data:** |__||__|/|__||__|/|__||__||__||__|

Centro reclutante: .....

SCHEDA FOLLOW UP – MESE 7 – COORTE random. STANDARD THERAPY

✓ ***Riportare qui sotto la TERAPIA FARMACOLOGICA ATTUALE:***

Farmaco		***Dose (mg/die)***
Antidepressivi (*)		
Antipsicotici (*)		
Benzodiazepine (*)		
Altri stabilizzanti dell'umore (*)		
Altri farmaci (*)		

(*) : specificare quale farmaco o quali farmaci (se più di uno) sono utilizzati all'interno di ciascuna classe considerata.

- Nell'ultimo mese quante volte è stato visto il paziente (considerare qualsiasi tipo di contatto)?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 (o più)

La scheda compilata va poi spedita al Centro OMS di Verona tramite fax (045 8027498) oppure via e-mail: studio.last@ateneo.univr.it

Attualmente il paziente è: □ **Vivo** □ **Deceduto** (data. |__||__|/|__||__|/|__||__||__||__|)

A. Se il paziente è <u>DECEDUTO</u>, barrare una delle caselle qui sotto, indicando la verosimile causa:

- □ **Vecchiaia**
- □ **Malattia (ictus, infarto del miocardio, cancro, etc.):** ……..…….…. (specificare la malattia)
- □ **Incidente (stradale, sul lavoro, etc.):** ……..……..……..…….. (specificare il tipo di incidente)
- □ **Impiccagione/strangolamento**
- □ **Auto-avvelenamento**

  Farmaco o farmaci verosimilmente usati:…….……..…….

  ……..……

  ……..……

  (per favore, specificare quali farmaci sono stati usati: ad esempio, 100 compresse di Tavor 2.5 mg)

- □ **Avvelenamento da monossido di carbonio**
- □ **Defenestrazione/danno multiplo**
- □ **Annegamento**
- □ **Fuoco**
- □ **Ferite da taglio**
- □ **Soffocamento**
- □ **Armi da fuoco**
- □ **Elettrocuzione**
- □ **Altro: ……..…….**

Riportare in maniera dettagliata le circostanze del decesso: .....……..……

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

B. Se il paziente è <u>VIVO</u>, specificare se <u>nell'ultimo mese</u> ha compiuto:

- □ **Nessun gesto autolesivo**
- □ **Uno o più gesti autolesivi**

GESTO AUTO-LESIVO

PER "GESTO AUTOLESIVO" SI INTENDE QUALSIASI ATTO INTENZIONALMENTE COMPIUTO PER PROCURARSI LESIONI PERSONALI (AD ESEMPIO, INGESTIONE INCONGRUA O LESIONE FISICA), A PRESCINDERE DALLA MOTIVAZIONE CHE HA CONDOTTO A TALE ATTO O COMPORTAMENTO.

<u>Se il paziente ha compiuto uno o più gesti autolesivi, compilare quanto segue</u> ***(nella tabella riportare in alto la data di ciascun eventuale gesto autolesivo e poi barrare la casella corrispondente per specificare il tipo di gesto autolesivo compiuto; più sotto, aggiungere una breve descrizione del gesto o dei gesti autolesivi avvenuti):***

Tipo di gesto	**Numero di gesti:** |__|__|			
	Data (|_G_|_G_|/|_M_|_M_|/|_A_|_A_|)			
	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|	|__|__|/|__|__|__|/|__|__|
Impiccagione/strangolamento				
Auto-avvelenamento				
Avvelenamento monossido carbonio				
Defenestrazione/danno multiplo				
Incidente stradale				
Annegamento				
Fuoco				
Ferite da taglio				
Soffocamento				
Armi da fuoco				
Elettrocuzione				
Altro gesto autolesivo				

✓ Descrivere precisamente la modalità, le circostanze e gli eventuali esiti di tale gesto (o tali gesti, se più di uno): ……

……

……

……

……

……

……

……

……

……